

CUESTIONARIO DE DENUNCIAS

La información que aquí se solicita ayudara al personal de la Oficina de Derechos Humanos (OHR) determinar la base y el grado de la discriminación acorde a la definición de las leyes federales y locales contra la discriminación ilegal en empleo. Por favor, proporcione la siguiente información:

Notificación de no-discriminación

En conformidad con la Ley de Derechos Humanos del Distrito de Columbia de 1977, enmendada, Código Oficial del D.C. 2-1401 et seq. (Ley), el Distrito de Columbia no discrimina en base a raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, estado familiar, responsabilidad familiar, matriculación, afiliación política, incapacidad, fuente de ingreso, o lugar de residencia o negocio. El acoso sexual es una forma de discriminación sexual que también prohíbe la ley. No se tolerará la discriminación en violación a la ley. Aquellos que quebranten la ley se exponen a medidas disciplinarias

1. DENUNCIA	
Fecha:	Numero de caso (OHR): Numero de caso (EEOC):
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/Estado/Codigo Postal:	
Tel # (R):	Tel # (T):
Raza: _____	Num. de seguro social: _____
Sexo: _____	Fecha de nacimiento: _____
PERSONA QUE SE DEBE CONTACTAR EN CASO QUE USTED NO ESTE DISPONIBLE:	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/Estado/Codigo Postal:	
Tel # (R):	Tel # (T):

SI TIENE UN ABOGADO, POR FAVOR, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACION:

Nombre: _____ **Telefono/Fax:** _____

Dirección: _____

*Nota: Si tiene un abogado o si contrata un abogado antes de su entrevista de Entrada, el abogado debe de (1) estar presente con Ud. durante la entrevista entera, o (2) someter una letra a la Oficina indicando que la entrevista de Entrada puede ocurrir sin su representación.

2. DEMANDADO

Nombre de la empresa u organización:

Nombre y título del funcionario principal (por ejemplo: Presidente, Dueño, Gerente de Recursos):

A que se dedica la empresa u organización?

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Tel #:

Fax #:

3. MOTIVO DE LA DENUNCIA

El motivo es la razón en cual le dieron a usted un trato distinto a otros fuera de su clase protegida.

Siente usted que fue discriminado contra a causa de su: (Por favor marque el espacio apropiado y proporciona detalle si es necesario.)

- Raza _____ Sexo _____
- Origen nacional _____ Religión _____
- Color _____ Edad _____
- Discapacidad _____ Estado familiar Fuente de ingreso
- Matrícula Estado civil Apariencia personal Orientación sexual
- Lugar de residencia o negocio Afiliación política Responsabilidades familiares

*Nota: Según la Ley de Derechos Humanos del Distrito De Columbia de 1977, enmendada, las bases de “estado familiar” y “fuente de ingreso” se aplican solo cuando se alega discriminación en la vivienda, establecimientos publico o en las instituciones educativas. La base de “lugar de residencia o negocio” se aplica solo cuando se alega discriminación en la vivienda.

4. JURISDICCION

- La violación que se alega ocurrió en el Distrito de Columbia.
- La violación que se alega ocurrió hace 365 días o menos (6 meses o menos para empleados del gobierno de D.C.)
- Al menos 1 empleado (Mas de 15 empleados para que la queja también sea registrado con EEOC)
- Ud. no ha registrado ninguna otra acción civil, penal o administrativa en ningún otro foro u agencia en base de la misma conducta discriminatoria ilícita que aquí se describe.

5. AREA DE LA DENUNCIA

- Empleo Establecimiento público Institución educativa
- Ley de licencia familiar y médica del Distrito de Columbia

6. ASUNTOS

Que acción se tomo que le llevo a sentir que se le daba un tratamiento diferente?

- Licencia familiar y médica Ascenso Traslado Descenso de rango Despido
- Represalia Acoso sexual Ambiente de trabajo hostil Negación de empleo
- Pago igual Términos y condiciones Negación de acomodo Disciplina
- Negación de servicios Despido implícito Entrada o cargo de entrada Descuento
- Capacidad de cabida Identificación personal Hora del día / evento Reglas/ Restricciones
- Crédito / seguro Entrada de cortesía/Huesped Plan de estudios
- Cuota de socio / ingreso Participación en el programa

Otro: _____

7. EMPLEADOS Y SOLICITANTES DE EMPLEO EN EL GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

***Nota: Según a §105 de Titulo IV de DCMR, los empleados del gobierno del Distrito de Columbia tienen que primero consultar con un consejero de EEO dentro de 180 días de la acción alegada de discriminación antes que entablasen una queja con la OHR, a menos que el empleado o solicitante alega discriminación en base de acoso sexual. La OHR no puede procesar una queja de un empleado o solicitante del gobierno del Distrito de Columbia a menos que (1) el empleado o solicitante a recibido una letra de salida de su consejero de EEO; (2) 21 días han pasado desde cuando el empleado o solicitante presento la queja a su propio consejero de EEO y el consejero no ha escrito una letra de salida; o (3) el empleado o solicitante**

alega discriminación en base de acoso sexual.

- Usted ha presentado una denuncia informal ante alguien designado por una agencia como consejero u oficial a cargo de la Igualdad de Oportunidad en el Empleo (EEO).

Nombre del consejero/consejera: _____

Agencia del consejero/consejera: _____

Núm. de teléfono del consejero/consejera: _____

Fecha en que presentó la denuncia: _____

Fecha de la carta de salida: _____

8. EMPLEO, FECHA de INDICIO, EVALUACIONES, DISCIPLINA, CESANTIA

Fecha de empleo: _____ Título: _____

Salario inicial: _____

Fecha de la última evaluación de desempeño: _____

Supervisor/Administrador que hizo la evaluación: _____

La última evaluación de su desempeño fue: Excelente Buena Regular Pobre

Las acciones adversas que alega que se tomaron en contra Ud. (por ejem., reprimenda escrita, suspensión, se le negó un ascenso) y las fechas en que ocurrieron:

Acción: _____ Fecha: _____

Acción: _____ Fecha: _____

Cargo que Tiene o Tenía al final con el demandado: _____

Salario: _____

Qué razón le dio el demandado para despedirle o negarle el ascenso:

Desempeño del trabajo Asistencia Insubordinación Mala conducta excesiva

Fecha

del despido/Negación del ascenso: _____

**9. ESTABLECIMIENTO PUBLICO/INSTITUCION EDUCATIVA
(Solamente complete esta sección si su queja trata con discriminación contra un establecimiento publico o una institución educativa.)**

Fecha del incidente que se alega: _____ Servicio solicitado por usted: _____

La persona que le negó el servicio solicitado:

Nombre: _____ Título: _____
¿Cómo es distinta esta persona a usted? _____

Ha tratado usted de resolver el problema con el demandado? Si lo has tratado de resolver, por favor describa con quien hablo y cual fue su respuesta: _____

10. LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MEDICA DE DISTRITO DE COLUMBIA

(Solamente complete esta sección si su queja trata con discriminación en base de Ley de licencia familiar y médica del Distrito de Columbia.)

¿Ha trabajado usted para esta empresa por al menos un (1) año y ha trabajado al menos mil (1.000) horas?

SÍ NO

Fecha(s) que solicitó: _____

Motivo de la solicitud: _____

Persona que le negó su solicitud: _____

Título: _____

Otros que han solicitado licencia: _____

¿Cómo son distintas esas personas de usted? _____

Ha tratado de resolver este asunto con el demandado? Si lo has tratado de resolver, por favor describa con quien hablo y cual fue su respuesta: _____

11. TESTIGOS

Haga un listado de personas que usted siente pueden corroborar su experiencia y pueden dar evidencia en apoyo de sus alegatos.

Nombre: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Lo que la persona puede corroborar:

Nombre: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Lo que la persona puede corroborar:

Nombre: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Lo que la persona puede corroborar:

Nombre: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Lo que la persona puede corroborar:

12. SU DENUNCIA

Describa en detalle el (los) incidente(s) que le llevaron a presentar una denuncia de discriminación. Por favor, dé las fechas junto con el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) que discriminaron en su contra negándole empleo, ascenso, entrenamiento, bienes, servicios, servicios educativos, etc. Si esta denuncia se fundamenta en una incapacidad, por favor especifique si se solicitó un acomodo; la persona a quién se le hizo la solicitud y la fecha en que se le notificó al demandado de su incapacidad.

La Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia ofrece mediación La mediación es un proceso en cual una parte independiente aceptable, imparcial, trata de ayudar a las partes en conflicto a concertar un mutuo acuerdo. A cada caso se le asignan dos (2) mediadores como partes neutrales para ayudar a las partes en disputa a lograr una solución mutuamente aceptable a su(s) problema(s). El proceso de mediación es obligatorio y las partes en disputa diseñan soluciones a sus propios problemas.

En el caso que la investigación revela que su queja se debe de despedir, recibirás una letra explicando las razones para el despido. Regulaciones que se aplican a este caso en particular requieren que la Oficina de Derechos Humanos mande una copia de la letra de despido al demandante.

Firma del Denunciante

Fecha

SECCION DE NOTARIO

Yo, _____, habiendo examinado lo anterior, afirmo que las declaraciones y documentos en éste son verdaderos y correctos hasta donde sé y entiendo.

Firma

SUSCRITO Y JURADO ante mí este día ____ de _____ de 20__.

Firma del notario

Mi comisión se vence: _____